



厚生労働省

ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

地域医療構想及び医師偏在対策について

- 1. これまでの検討会における議論について**
- 2. 今後の検討会での主な論点について**

1. これまでの検討会における議論について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連WGを設置することとしてはどうか。
- 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。また、医療計画のうち、外来医療計画等の3か年の計画について、第8次医療計画(後期)に向けて令和7年度中に一定のとりまとめを行う。なお、在宅医療・医療介護連携、救急医療等について、新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。
- 在宅医療・医療介護連携について、第8次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第9次医療計画の策定等に向けてWGで議論する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

- 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
(⇒新たな地域医療構想の具体的内容、現行の地域医療構想の進捗等)
- 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- 医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
- 外来医療計画に関する事項
- その他本検討会が必要と認めた事項



連携

その他5疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- 在宅医療に関する事項
- 医療・介護連携に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- 小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- 救命救急センターに関する事項
- 救急搬送に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- 災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

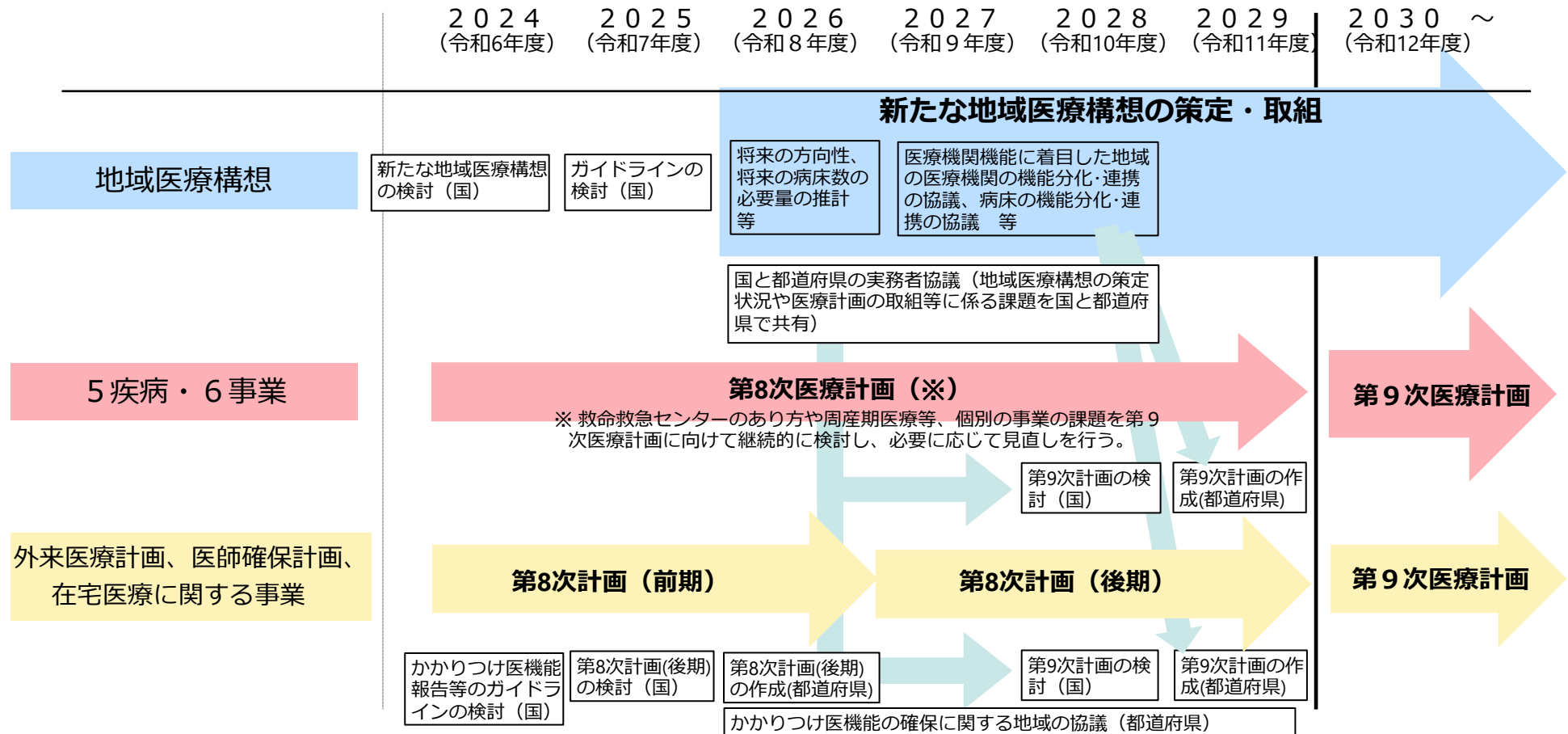
7月～ 議論の開始
秋頃 中間とりまとめ
12月～3月 とりまとめ

→ ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



本検討会における検討の前提

- 新たな地域医療構想や医師偏在対策等は多岐にわたるところ、その一部は法律改正を要する事項もある。関連する改正事項を含む医療法等の一部を改正する法律案が継続審議とされていることを踏まえ、本検討会においては、法案を前提としない事項（法律事項以外）から具体的な検討を進める。

<医療法改正法案を前提とせずに検討する事項>

- ・ 必要病床数、医療機関や病床の機能
- ・ 構想区域のあり方
- ・ 医師偏在指標

等

<医療法改正法案の成立後に検討する事項>

- ・ 地域医療構想への精神病床の追加
- ・ 医師手当事業の創設
- ・ 外来医師過多区域における無床診療所の新規開設者への要請等

等

これまでの検討会の議論の概要①

【1. 構想区域の設定、医療機関機能について】

(主な論点)

- ・ 区域について、特に人口の少ない区域において、医療へのアクセスも踏まえた他の区域との統合や隣接する都道府県との連携体制の確保等が必要。
- ・ 医療機関機能について、大学病院の役割の整理や地域の人口規模等に応じ求められる特性を踏まえ設定が必要。
- ・ 区域の点検や医療機関機能の確保等に向けて、必要病床数やその他のデータの整備が必要。
- ・ 地域医療構想における検討（例：構想区域の設定等）について、第9次医療計画への反映が必要。
- ・ 医療へのアクセスの確保に向けては、オンライン診療や巡回車の整備、他圏域との連携体制の構築等の方策について、構想区域ごとに取り組を検討できるよう、継続的な把握・共有が必要。

検討会では、賛同する意見の他、具体的な指摘として以下のような議論があった。

- 100万人以上の大都市部においては、高機能病院が乱立することや、区域を越えた患者の往来があることから、医療機関機能の分担の検討・調整が複雑化する。
- 現在人口が30万人程度の人口規模で1か所に集約することを目指していくことは重要だが、現実には再編・統合を進めることの難易度は高いのではないかと。
- 地域の実情や大学の特性に応じて大学病院本院の役割が変化していくことも必要であり、医療機関機能の検討にあたっては大学病院本院の機能も含めた検討が必要ではないかと。

こうした議論を踏まえ、引き続き、地域の区分に応じた医療機関機能の確保や、大学病院本院の担うべき機能等についての議論を予定。

これまでの検討会の議論の概要②

【2. 医師偏在、診療科偏在について】

（主な論点）

- 医師の偏在を評価するために用いられている医師偏在指標については、地理的な要素が十分に反映されていないことから、地理的な要素を一定程度反映した上で医師少数区域を設定する必要がある。
- 次期医師確保計画に向けた医師偏在指標の算出に用いるデータについては、可能な限り最新の調査結果を反映する。
- 高齢医師の割合が多く、若手医師の流入がなければ将来的に医師が不足してしまう地域については、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を含めた医師確保の取組を継続しつつ、それでもなお医師不足が進行する地域等は地域の医療を補完する観点から、拠点病院からのオンライン診療を実施するなど、現時点の医療の確保に向け、対策を講じる。
- 診療科偏在については、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に基づいた取組や、医師確保計画を通じた対策とともに、必要な診療へのアクセスの確保のための遠隔医療の活用を含めた対応について、都道府県が中心となり地域の関係者が関わる体制の整備、診療科毎の特性を踏まえた取組事例の収集や都道府県等への情報提供等の取組を検討する。

検討会では、賛同する意見の他、具体的な指摘として、以下のような議論があった。

- 地理的な要素を反映する仕方については、引き続き検討が必要。
- 医師偏在対策については、若手医師だけでなく、中堅・シニア世代を含む全ての医師へのアプローチが必要。
- 遠隔医療については、D to D、D to Pを区別した上で、不適切な実施例に注意しながら好事例を参考にしつつ適切に進めていくことが必要。

こうした議論を踏まえ、検討会においては、主に医師偏在について、第8次医療計画（後期）に向けた医師確保計画の見直しや、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に係る必要な議論を引き続き行う予定。

なお、「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」における議論との整合性も図りながら検討会においても議論する予定。

これまでの検討会の議論の概要③

【3. その他の従事者の確保について】

（主な論点）

- ・ 歯科医師の適切な配置等に関するワーキンググループや、薬剤師確保計画等に係る検討等を踏まえ、新たな方向性が定まった場合等には、必要な具体的事項について、ガイドラインへ反映することが必要。

検討会では、賛同する意見の他、具体的な指摘として以下のような議論があった。

- 各従事者の需給推計に関して具体的な検討を急ぎ進めていただきたい。

こうした議論を踏まえ、今後、新たに、将来の医療提供体制の確保に向けた人材確保等の方向性が定まった場合等に、必要に応じて、都道府県が地域医療構想を策定・推進する際に必要となる具体的事項について、ガイドラインへの反映。

【4. 介護との連携について】

（主な論点）

- ・ 在宅医療等の検討に当たっては、療養病床は構想区域単位での確保を検討すべきものであることや、全市区町村などの小さな単位での検討の場を多数立ち上げることの負担を踏まえ、構想区域単位で議論することとし、構想区域内において特に課題がある地域については、既存の協議の場も活用しながら、より具体的に検討すること。
- ・ そうした議論に必要なデータのうち、都道府県で把握が困難なものについては国が整備し提供すること。
- ・ 介護との連携にあたり、具体的な連携のあり方は多様であり、そのノウハウの整備が必要であること。

検討会では、賛同する意見の他、具体的な指摘として以下のような議論があった。

- ワーキンググループにおける議論において、現場で活用できるよう看取り等についても取り上げていただきたい。

こうした議論を踏まえ、協議のあり方、会議の運営方法については検討会で議論し、連携の具体的事項については在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループで議論する予定。

これまでの検討会の議論の概要④

【5. 構想策定のあり方】

(主な論点)

- ・ 構想策定にあたっては、複数の案を複数の観点から比較評価していくことが重要。

検討会では、賛同する意見の他、具体的な指摘として以下のような議論があった。

- 都道府県と意見交換を行っていただき、課題や改善方策の洗い出しをお願いしたい。

こうした議論を踏まえ、国と都道府県の間で意見交換を実施。都道府県からの具体的な提案等も踏まえ、引き続き検討。

【その他、今後議論すべき事項等】

- ・ 必要病床数の設定や病床機能報告における客観性を有する報告の仕組みについて検討。
- ・ 地域医療構想は2040年に完成すればいいものではなく、2040年やその先も継続する医療提供体制の構築が必要であり、スケジュールを明確にすべきといった意見を踏まえ、2040年までのおおよその取組の時期について議論が必要。

二次医療圏、構想区域の役割

- 二次医療圏と構想区域は、区域内の完結を基本的な考え方として設定し、二次医療圏において基準病床数、構想区域において必要病床数を設定し、一定の行政単位として制度運用がされている。
- 医療の完結性をみない小規模な区域の設定では基準病床数や必要病床数の設定に課題が生じ、また、人口規模等が大きすぎると、区域内において病床の偏在が生じる等の制度運用上の課題が生じるため、適切な規模での設定が求められる。

	主な制度的な活用	目的	内容	区域の人口規模が極めて大きい場合の留意点	区域の人口規模が小さい場合の留意点
二次医療圏	基準病床数 (一般・療養病床)	病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保	➤ 二次医療圏ごとに、全国一律の算定式により、基準病床数を算出。	・ 区域内での相対的な病床数の偏在が起きうる	・ 急性期医療を中心に、入院医療の流出が多くなる
	医師確保 (医師偏在指標)	医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示し、医師偏在対策の推進において活用	➤ 二次医療圏ごとに、全国一律の算定式により、医師偏在指標を算出。	・ 区域内での相対的な医師数の偏在が起きうる	
	5 疾病 6 事業等	5 疾病・6 事業及び在宅医療について疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに医療連携体制を推進することで、医療提供体制を確保する	➤ 二次医療圏も踏まえながら、弾力的に設定 等	・ 区域内での医療の質にばらつきが生じうる	・ 分娩など、区域内で完結できない医療が多くなる
構想区域	必要病床数	現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計し、地域における病床の機能分化・連携を推進	➤ 二次医療圏ごとに、全国一律の算定式により、必要病床数を算出。 ➤ 将来の医療需要を病床の機能区分ごとに推計	・ 区域内での相対的な病床数の偏在が起きうる	・ 急性期医療を中心に、入院医療の流出が多くなる

区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

- 区域については、人口推計や既存の医療資源、必要病床数、医療の提供状況等を踏まえて、2040年やその先に向けて医療提供体制を検討する区域として適切かを点検、必要に応じて見直しすることとしてはどうか。その際、人口規模に応じて、以下の点検の観点について検討することとしてはどうか。
- 都道府県が区域の点検のために必要なデータで、都道府県による把握が困難なものについては国からデータ提供をすることとしてはどうか。

	点検の観点	点検のためのデータ
東京など、人口の極めて多い都市部	【区域内の効率的な医療提供体制の観点】 ● 極めて多くの医療機関が存在する中、連携・再編・集約化を進め、効率的な医療提供体制を構築できるか。 ● 病床や医療機関機能について、区域内で医療資源の偏在がある場合、偏在を是正し、均質な医療が提供できるか。 等 【都道府県内全体・周辺都道府県の医療資源の観点】 ● 医療資源や人口が極めて集中していることを踏まえ、都道府県における医療資源の偏在を是正できるか。 等	○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討する。 ● 人口推計 ● 医療機関数 ● 医師数 ● 機能別病床数 ● 医療の提供状況（緊急手術の件数、患者の流入の状況 等） ● 個別の医療機関の医療提供実態 ● その他施設や従事者の状況（薬局数、訪問看護事業所数、歯科医師・薬剤師・看護師数 等）
人口の少ない地域	● 2040年やその先に向けても、医療資源に応じて、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するような急性期拠点機能を確保・維持できるか。 ● 医療資源が相対的に少ない中、周辺の相対的に人口や医療資源の多い区域と統合する必要があるか。 等	
その他	● 都道府県内で相対的に医療資源が多い区域である場合、医療資源の相対的に少ない周辺の区域と統合する必要があるか。 等	○また、区域内にアクセスの課題がある地域がある場合には、当該地域における以下のような取組についてもあわせて検討する。 ● 患者のアクセス確保の手段 ● 隣接する県の医療資源 等

人口の少ない地域における患者の医療へのアクセス確保に向けた取組

- これまで人口の少ない地域においても、医療資源を多く必要とする手術等の医療や診療所による外来医療などの提供が行われてきたが、2040年を見据え、区域の見直し、急性期医療の連携・再編・集約化を進めていく必要がある。
- そういった中、患者の医療へのアクセスを維持する観点から、地域の医療資源の状況や以下のような取組事例を把握し、地域医療構想調整会議で検討を行うことが重要。

手段	実施主体の例	具体例
オンライン診療① D to P	医療機関	外来・在宅医療を受けている患者について、通院の必要がない状態の場合等に、外来や在宅医療の代わりにオンライン診療を実施
オンライン診療② D to P with N	医療機関	例として、山口県岩国市柱島においては、本土から来た看護師が患者のオンラインによる受診を支援し、患者が受診できる機会を増やす取組が行われた。看護師が患者のそばにいる状態で行われるオンライン診療についての有用性が指摘されている。
オンライン診療③ D to D	医療機関	遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション等により、医療資源の少ない地域等における医師の診療を支援
巡回車	地方自治体	へき地の患者が、近隣の医療機関まで受診するにあたり、その負担を軽減するための事業が行われている。例として北海道では、無医地区等から、市街地へ向かう公共交通機関として「へき地患者輸送バス」の整備等が行われている。
医師の派遣	都道府県・医療機関	へき地等へ代診医等を派遣。
巡回診療	医療機関	医療従事者が乗車した移動診療車が出向き、車内のテレビ会議システムを用いて診療所の医師とオンライン診療を実施。
宿泊施設の整備	医療機関	遠方の妊産婦や小児慢性疾患の患者が宿泊可能な設備を整備。
交通費・宿泊費補助	地方自治体	遠方の分娩取扱施設で出産する必要がある妊婦に、分娩取扱施設までの移動にかかる交通費および出産予定日前から分娩取扱施設の近くで待機するための近隣の宿泊施設の宿泊費を助成。
有床診療所	医療機関	医療需要の少ない地域等で病院を設置するほどの医療需要がない場合などに、医療需要の多寡にあわせて柔軟に医療を提供。
隣接する都道府県との連携	都道府県	地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの医療圏までのアクセスが、当該都道府県以外の場合があり、県をまたいだ連携を行う。

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模 の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・ 地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。	高齢者救急の対応の他、頻度の多い一部の手術についても対応	- 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする	- 高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	
人口の 少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	- 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する - 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる ※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる	- 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	（急性期の総合的な診療機能） ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 （急性期の提供等にあたっての体制について） ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） ● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等） 等
高齢者救急・地域急性期機能	（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能） ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制	● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制	● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療	● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 等

慢性期の需要等の把握について

- 在宅医療、介護保険施設、療養病床の一部については、患者像が重複する場合があります、一体的に需要等を把握し、提供体制を確保していくことが重要。地域においては、医療部局で病床数や介護部局で介護施設の定員数等の供給力に関するデータを保持しているほか、NDBオープンデータや患者調査など、地域で把握・活用しうるデータが入手可能。
- 他方、需要の把握について、例えば、在宅医療がこういった施設等で提供されているかを定量的に把握することは現時点では困難である等、地域のこうした検討に資するデータの把握には課題があり、病床機能報告の見直し等も含め、整理が必要。

提供の場

サービス

需要等の把握について

病院・有床診療所

入院医療

- 入院料の算定回数や入院患者数により提供実態を把握可能であるほか、入院料の算定病床数により提供可能量を把握可能
- データの把握にあたっては、地域において、病床機能報告やNDBオープンデータ、患者調査等が活用可能
- その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要

自宅

在宅医療
訪問看護

施設等（自宅以外。例として、社会福祉施設、身体障害者施設、グループホーム、特定施設など）

- 病床機能報告においては、主に入院医療に関するデータを収集しており、看取り件数等の一部を除き在宅医療の提供等（訪問看護STを有しているか等）の情報は収集していない
 - 提供実態について、総数については訪問診療料等の算定回数により把握可能であるが、こういった施設等において提供されているか、訪問先の把握は現時点では困難
- ※訪問先種別の把握に関して、訪問看護については医療保険給付分の一部について、一定把握可能だが、訪問診療については把握不可

コード	施設等
01	社会福祉施設及び身体障害者施設
02	小規模多機能居宅介護
03	複合型サービス
04	認知症対応型グループホーム
05	特定施設
06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設

- 歯科訪問診療料や訪問薬剤管理指導料等の算定回数についても活用可能
- データの把握にあたっては、地域において、NDBオープンデータ、患者調査等が活用可能
- その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要

介護老人保健施設
介護医療院等入所中の患者への医療
（原則介護報酬）

- 受給者数で提供実態を把握可能であるほか、施設定員数で提供可能量を把握可能

医師偏在対策を進める上での考え方

- 現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて
 - 現在、人口密度、医療機関への距離、離島、特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度が存在している。次期医師確保計画（R9～）における医師少数区域の設定にあたっては、現行の医師偏在指標に加え、地理的要素を一定反映して医師少数区域を設定することとするが、反映の仕方については、引き続き検討する。
- 性年齢階級別の医師の労働時間比率について、実態に即したデータを反映することについて
 - 都道府県における医師確保計画の策定に向けた準備期間の確保の観点からは、可能な限り早期に医師偏在指標を算出することが望ましいものの、より実態に即したデータを指標に反映する観点から、最新の調査結果を反映した医師偏在指標の算出が求められると考えられる。医師偏在指標に用いられている医師の性年齢階級別労働時間比を含め、次期医師確保計画に向けた医師偏在指標の算出に用いるデータについては、可能な限り最新の調査結果を反映する。
- 高年齢医師が多く、数年後に医師少数区域になる可能性がある等、医師の年齢構成の違いの反映について
 - 都道府県や二次医療圏によっては、医師偏在指標の値が同じであっても、高齢医師の割合が高く、若手医師の流入がなければ、将来的には医師が不足してしまう地域も考えられるが、そのような地域における医師の確保については、各地域の実情に応じて適切に対応する必要があると考えられる。そのため、こうした地域については、既存の医師確保の取組を進める一方、それでも現時点で医師不足が進行する地域については、例えば拠点病院からのオンライン診療を実施するなど、現時点での医療の確保に向け、対策を講じることとする。

診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について①

- ・「診療科偏在」については、本検討会の議論においてもその重要性に関する指摘がある一方、多様な課題を内包していると考えられ、代表的な視点としては、①担い手の確保の観点、②地域の医療提供体制を維持する観点、③地域偏在が大きい診療科のアクセス確保の観点がある。それぞれの点について、現状等は以下の通り。

- －①・・・ 専門研修制度における総合診療専門医の育成、偏在対策パッケージに基づく外科医師の業務負担への配慮・支援等を通じた対策やリカレント教育等の取組を進めている。
- －②・・・ 産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策を進めつつ、出生数減少等の影響を受けて経営が困難な状況にある小児医療機関や分娩取扱施設の少ない地域における産科医療機関への支援等を通じ、体制の確保を進めている。
- －③・・・ 医師少数区域（二次医療圏）に従事する診療科ごとの人口10万対医師数を全国と比較すると、医師少数区域の医師が少ない地域の状況は診療科ごとに差がある。また、今後、地域における診療所数の減少も見込まれる。地域における各診療科へのアクセスの確保のため、学会、大学、医療機関、自治体等で、オンライン診療を含む遠隔医療を活用した取組が見られる。また、放射線科における遠隔画像診断など、一部の領域では遠隔による対応が進んでいるものもある。

希少な疾患への対応については、オンライン診療の「D to P with D」により、身近な医療機関において専門的な医師の診療を受けられる枠組みがある。

がん医療提供体制について、2040年を見据え、提供される医療の性質に応じた均てん化・集約化の考え方として、高度な技術を要する手術等、症例数が少ない場合、医療従事者が不足している診療領域等は集約化して提供する一方、がん予防や支持療法・緩和ケア等については均てん化の観点から、オンライン診療等の活用を含め、身近な診療所・病院での提供が望ましいとされている。

- ・ 若手医師に対して行った意識調査によると、医師不足地域での勤務に当たっては、診療上のサポート体制を重要視している。

診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について②

- 「診療科偏在」については、様々な視点での課題がある中、診療科ごとの状況や特性等に応じた対策を組み合わせつつ、各都道府県の状況に応じた取組を進めることを念頭に、具体的には以下のような対応の方向性が考えられるのではないかな。

(総合的な診療に従事できる医師や外科医師等の確保)

- ・ 総合的な診療に従事できる医師や外科医師の確保等については、昨年末にとりまとめた「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」等に基づき、引き続き取組を進める。

(医師確保計画を通じた対策)

- ・ 小児科及び産婦人科については、医師確保計画を通じた医師偏在対策等、引き続き取組を進めつつ、小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおいて医師確保も含めた提供体制のあり方について具体的に検討してはどうか。

(遠隔医療の活用を通じた必要な診療へのアクセスの確保)

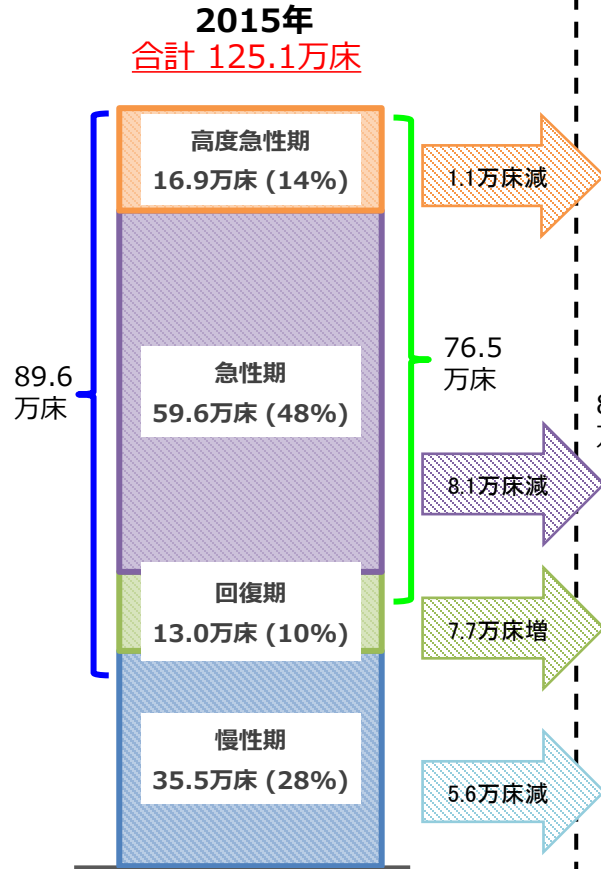
- ・ 皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性のある医師が少ない地域が多い傾向がある一方で、一定の医療ニーズが存在しうる領域について、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、学会や自治体等の事例や、へき地保健医療対策なども参考に、遠隔医療の効果的・効率的な活用等による対応を含めて検討してはどうか。
- ・ オンライン診療を含む遠隔医療の活用に当たっては、適時適切な対面診療への切り換えや急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることが適当ではないか。
- ・ 遠隔医療を活用したアクセスの確保の方策については、地域における対策の効果的な実装を支援するために、D to P、D to P with Nの他、地域の医師を支援する趣旨でのD to D、D to P with Dの活用を含め、診療科ごとの特性や都道府県の取組事例等を収集した上で、都道府県等に対する必要な情報提供等を行うこととしてはどうか。
- ・ 取組の導入の在り方については、都道府県や医療機関の負担や住民・患者等の混乱を回避するため、遠隔医療を全ての診療科や状況に一斉に導入するのではなく、例えば、対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討する等、優先順位を定めて取組を進め、地域における課題等を整理しながら順次進めることとしてはどうか。
- ・ 遠隔医療の活用を進めるに当たり、必要な支援について検討を進めることとしてはどうか。また、医学的な安全性や有効性の確保とともに、各診療科の特性を踏まえた適切かつな遠隔医療の実施を図るため、関係学会の協力等も得つつ、領域ごとの必要な知見の収集やマニュアルの作成等を行うことを検討してはどうか。

2. 今後の検討会での主な論点について

2024年度病床機能報告について

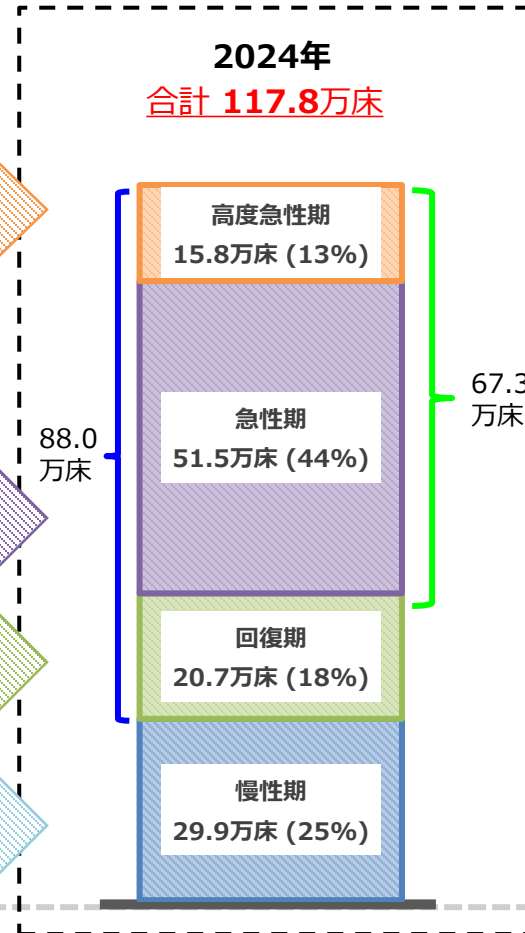
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※5

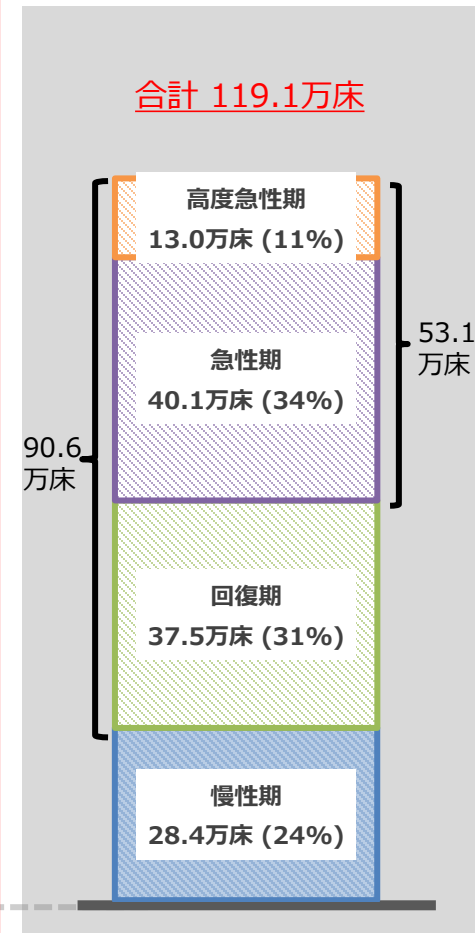


2024年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※5



地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※3 ※5



出典: 2024年度病床機能報告

- ※1: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2024年度病床機能報告: 11,846/12,064(98.2%)
- ※2: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
- ※3: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
- ※4: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,274床(参考 2023年度病床機能報告: 18,423床)
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~6、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
- ※5: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

病床機能報告における客観性を有する報告について

- 医療機関機能・病床機能については、医療機関や国民・患者がその意味を理解できるよう丁寧に説明・周知するとともに、これらの報告が適切に行われるよう、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とすることが重要。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

5. 新たな地域医療構想

（3）医療機関機能・病床機能

① 基本的な考え方

- 新たな地域医療構想を通じて、医療機関機能・病床機能に着目した医療提供体制の構築を進めるためには、医療機関から都道府県への報告制度、必要病床数の推計、地域における関係者の協議、取組を推進するための支援等について必要な見直しを図ることが必要である。病床機能に加えて、医療機関機能を報告することとし、地域の医療提供体制の確保に向けて関係者による医療機関の役割分担・連携に関する協議を促進するとともに、**医療機関機能や病床機能について、医療機関が適切に報告することができ、国民・患者を含め、その意味を理解できるよう丁寧に説明・周知することが重要**である。このため、**これらの報告が適切に行われるよう、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みとすることが適当**である。

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。
その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

回復期機能

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院医療管理料

- 地域包括ケア病棟入院料（※）

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択

- 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料
- 障害者施設等入院基本料

急性期一般入院料 1 の病床機能報告

- 急性期一般入院料 1 を算定する病床について、急性期として報告されている病床の割合を都道府県別にみると、約 100%の都道府県から約55%の都道府県まで、ばらつきがみられる。

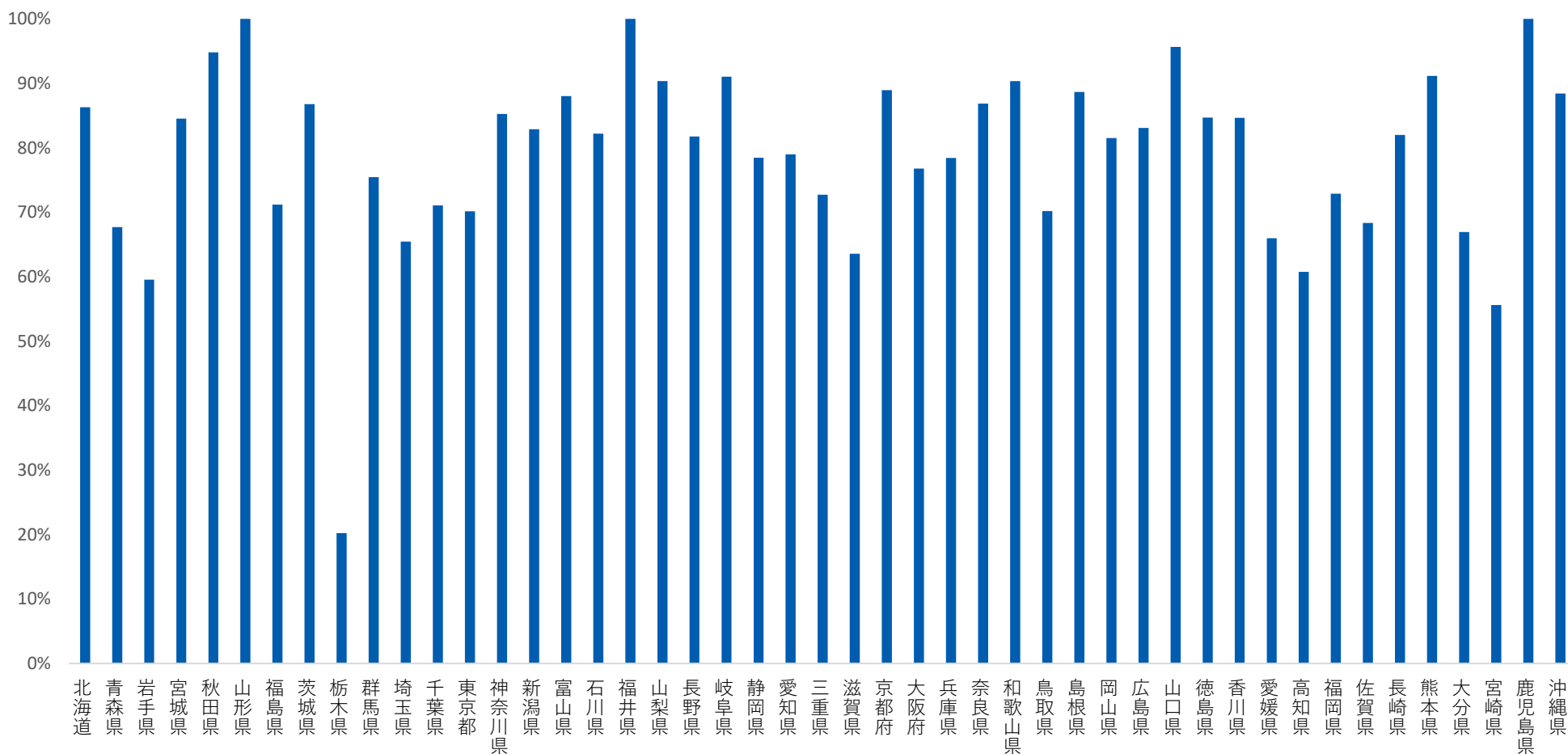
急性期一般入院料 1 を算定する病床について、急性期として報告されている割合



地域包括ケア病棟入院料の病床機能報告

- 地域包括ケア病棟入院料を算定する病床について、回復期として報告されている病床の割合を都道府県別にみると、100%の都道府県から約20%の都道府県まで、ばらつきがみられる。

地域包括ケア病棟入院料を算定する病床について、回復期として報告されている割合（※）



病床機能報告のデータ分析の検討の例

- 病床機能報告の報告実態がさまざまであり、地域によっては、病床機能報告のデータ分析や定量基準の導入に向けた検討に相当の時間を要した例がある。

目的

客観的な基準により地域の医療機能の現状を分析し、各医療機関が、自機関の立ち位置を確認し、地域で医療機能の分化と連携を議論するための「目安」を提供する。

4つの入院医療機能(高度急性期/急性期/回復期/慢性期)について、地域医療構想で推計した将来の病床の必要量と病床機能報告の機能別病床数は、算出方法が異なるため、単純比較することができない。

【地域医療構想調整会議の委員からの意見】

- ・医療機能の捉え方は各病院によってかなり差がある。報告上の機能と実際の機能が異なり、構想に関する議論が困難である。
- ・医療機能の区分について、本来は国で客観的な基準を示すべきであるが、県独自でも検討するべきではないか。



各医療機関の自主的な判断により報告された内容を尊重しつつ、別の観点として、算定している入院料や具体的な医療提供状況から客観的な基準を作成し、「4機能」が指す具体的な内容について、共通認識を持ちやすくする。

なお、基準は「絶対の閾値」ではなく、ある程度の幅をもたせて考えることが必要。

検討の経緯

病床機能報告のデータ分析では、本県の地域医療構想の推進について、専門的な視点から助言、提言を行う有識者会議である「埼玉県地域医療構想推進会議」で意見を伺いながら検討を行った。

○平成29年6月～7月 データ分析に係る委託業者の公募・業者決定

○平成29年8月～10月 データ分析方針の検討

○平成29年10月～11月 県内医療関係有識者からの意見聴取

○平成29年11月 「埼玉県地域医療構想推進会議」での分析方針説明・意見聴取

○平成30年2月 「埼玉県地域医療構想推進会議」での分析結果中間報告・意見聴取

○平成30年4月 「埼玉県地域医療構想推進会議」での分析結果報告・意見聴取

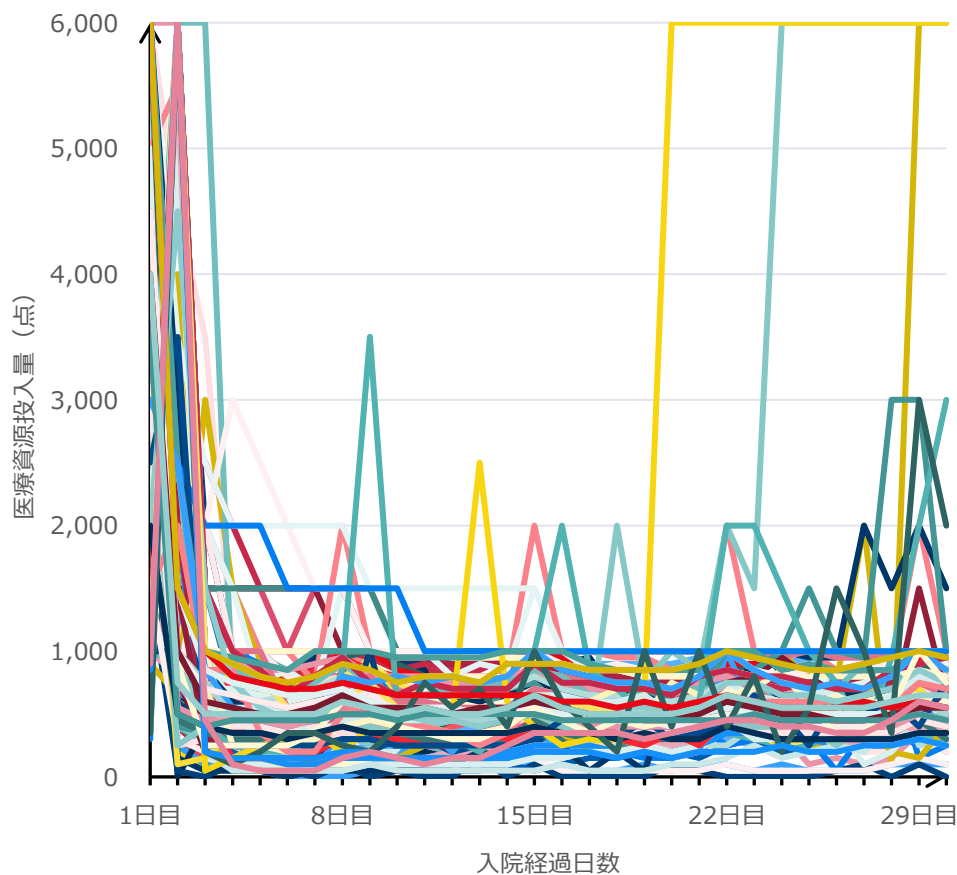
※ 「埼玉県地域医療構想推進会議」の構成員

県医師会、県内医療機関院長(高度急性期～慢性期)、介護福祉施設関係者、学識経験者、市町村行政関係者、保健所長

入院後の医療資源投入量の推移

- 急性期で入院後の医療資源投入量は、基本的に入院初期に大きく、入院後数日で一定となる。前回の構想策定当時（2016年頃）と比較しても、こうした傾向は進んでおり、また、入院後数日してから医療資源を投入するケース等が減少し、効率化の取組が進んでいる。

DPC(上位255分類)別 医療資源投入量の中央値の推移



資料出所：DPCデータ（2023年）

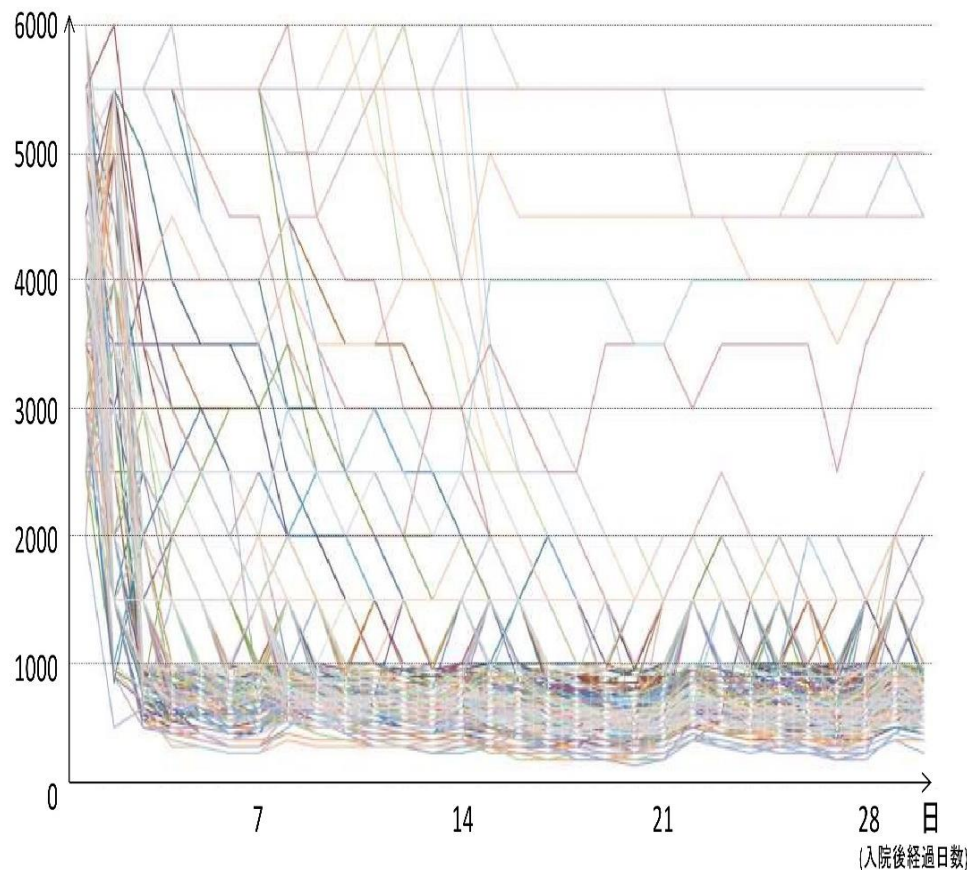
※DPC上位255：患者毎に付与されたDPCを用いて、DPC毎の患者数が多い上位255DPCの患者を対象。（平成26年資料については、平成23年患者調査における患者数上位255のDPCを対象。）

中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計。6000点以上の場合、6000点として表示。（平成26年資料についても同様。）

（参考）現構想策定時のDPC（上位255分類）別 医療資源投入量の中央値の推移

（第5回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（平成26年12月12日）参考資料1抜粋）

医療資源投入量(点)



病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

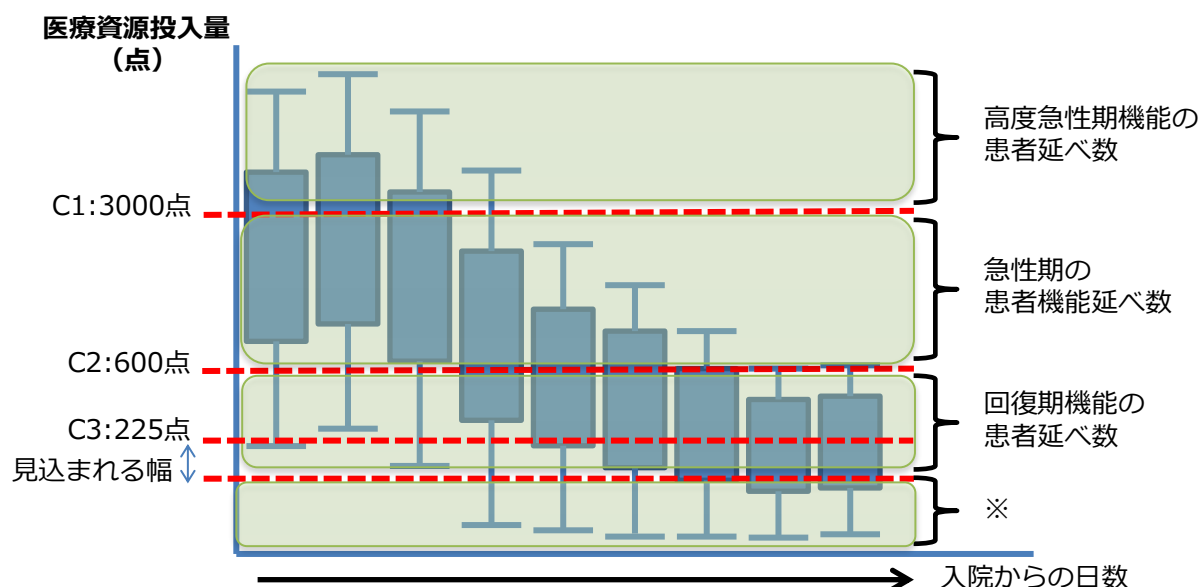
病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	- 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 - 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 - 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 - 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域（原則、二次医療圏）単位で策定。そのため、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）の多寡により、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能を区分。医療機能区分ごとに、医療需要（1日当たりの入院患者延べ数）を算出。それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

都道府県が構想区域ごとに推計

医療機能	2025年の医療需要
高度急性期機能	〇〇〇〇人／日
急性期機能	□□□□人／日
回復期機能	△△△△人／日
慢性期機能	▽▽▽▽人／日

病床稼働率で割り戻して、病床数に変換

・高度急性期75% ・急性期78%
・回復期90% ・慢性期92%

医療機能	2025年の病床数の必要量
高度急性期機能	●●●●床
急性期機能	■ ■ ■ ■ 床
回復期機能	▲ ▲ ▲ ▲ 床
慢性期機能	▼ ▼ ▼ ▼ 床

病床機能報告等について（案）

- 病床機能報告は、各年度、病棟単位で医療機能の「現状」と「今後の方向」等について、都道府県に報告するものであり、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとして運用がなされてきた。実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、医療機関は高度急性期、急性期、回復期、慢性期のうち各病棟の実態に応じて報告されている。
- 急性期一般病棟入院料1や地域包括ケア病棟入院料について、都道府県ごとに報告の実態がさまざまであるといった実態があるほか、都道府県によっては、この報告の基準を巡って通年議論されている例もある。
- とりまとめにおいても、【医療機関機能や病床機能について、医療機関が適切に報告することができ、国民・患者を含め、その意味を理解することができるよう丁寧に説明・周知することが重要である。このため、これらの報告が適切に行われるよう、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みとすることが適当】とされている。
- 新たな地域医療構想においては、2040年とその先を見据えた医療提供体制の構築を進めていくところ、「2040年に完成すればいいというものではない」といった検討会での意見も踏まえたスケジュールの整理が必要。



- 病床機能報告については、これまでは病棟の実態に応じて医療機関の自主的な報告により行われてきた。他方、診療報酬上の届出は、診療機能等について一定の要件を満たしたものであり、これまでの取組において実態として都道府県間でばらつきが見られることや、都道府県で提供体制そのものではなく、報告基準の議論に労力がさかれている事例もある。今後の病床機能報告にあたっては、診療報酬上における届出が一応の目安となると考えられる。その他考慮すべき事項も含めて、検討会で議論することとしてはどうか。
- 新たな地域医療構想については、医療機関機能の確保や外来、在宅医療、介護との連携等を対象としており、区域の点検等の直ちに検討を開始出来る事項から、医療機関機能報告のように報告の開始や地域での協議が直ちに開始出来ない事項等、案件や都道府県ごとの実情に応じて取組時期に幅があることが考えられる。他方、2040年やその先も含めた医療提供体制の確保のためには、2040年よりも一定早い時期に医療提供体制の確保が出来ていることが必要。こうしたことを踏まえ、地域医療構想の2040年までの取組のスケジュールについて検討会で議論することとしてはどうか。

都道府県における2040年に向けた構想の進め方（イメージ）

2025

2030

2035

2040

① 構想の策定

- 地域の医療提供体制全体の課題の把握
- 構想区域の点検・見直し
- 医療機関機能報告、医療機関機能についての議論
- 必要病床数の算出 等

② 具体的取組の検討・開始

- 医療機関機能の連携・再編・集約化に向けた取組
- 病床機能の連携・再編・集約化に向けた取組
- 医療従事者の確保に向けた取組
- 外来／在宅医療提供体制の構築
- 介護との連携
- アクセスに課題のある区域への対応 等

③ 実現に向けたPDCA

- 医療機関機能の確保や病床数の状況等を中心に、取組の進捗状況を把握
- 必要に応じて、見直し等を行う 等

④ 2040年に向けた医療提供体制の完成

- 2035年度頃を目途に、2040年に向けた提供体制の確保
- 2040年まで引き続き点検

参考資料

ひと、くらし、みらいのために

圏域について①（案）

- 第8次医療計画において、二次医療圏が20万人未満等の場合については、設定の見直しを検討することとしており、一部の二次医療圏では見直しが行われている。
- 大都市、中都市、人口の少ない地域等、人口規模に応じて有する医療資源や提供されている医療は異なる。半数以上の二次医療圏は20万人未満であるが、その中でも今後の人口減少率は異なり、地域ごとに自地域の状況を把握することが重要。
- 概ね50万人以上の二次医療圏において、年間の半分以上は緊急手術が発生している一方、20万人未満の圏域では複数の医療機関で緊急手術の対応をすること等が非効率な可能性がある。地域ごとに確保する医療の範囲について検討が必要であるが、消化器外科等の頻度が高く、緊急手術も行うような領域や、高齢者救急については、人口の少ない地域でも一定の確保が求められる。
- 二次医療圏の広域化に当たっては、アクセスを引き続き確保するため、集約して一定の機能を有する病院を圏域で確保することのほか、日常的な診療について、D to P with Nも含めたオンライン診療を活用すること、地域で確保が難しい医療サービスについて、通院等の負担軽減施策を講じること等が考えられる。
- 圏域の見直しについては、隣接する区域同士の合併のほか、区域を分割して、必要に応じて県境を超えて広域化すること等が考えられる。こうした見直しを進めながら、県全体として、大学病院本院や各地域の急性期拠点機能の医療機関等と連携して、医師の派遣や教育体制を構築する等により、医療提供体制を確保していくことが必要。
- 医療計画の各領域においても、当該医療の提供だけではなく医療提供全体との関係を踏まえる必要性が指摘されており、地域医療構想の方向性に調和を図り、医療計画の各事業の検討を進めることが必要。



圏域について②（案）



- 区域については、その点検・見直しにあたって、2040年人口を踏まえた医療需要の見通しや都道府県内全体の医療従事者の確保等の観点も踏まえながら県全体として効率的な提供体制を確保できるよう、各圏域の提供体制を構築することが必要。また、都道府県が県全体の医療提供体制や、医師・医療従事者の確保、医育体制の確保等に当たっての、大学病院との具体的な連携のあり方についても整理が必要。
- 具体的な区域の点検や地域医療構想の取組の推進に向けて、必要病床数以外にも必要なデータを把握し、どこまでの医療を圏域として確保するか見定めが必要。都道府県が圏域の点検・見直しの参考となるよう、アクセスや医療需要、隣圏域の医療資源等の点検のための観点や必要なデータを整理することとしてはどうか。
- 圏域の再設定に当たっては、他県も含めた連携体制についても検討するとともに、他県の圏域とも一体的に拠点を整備しうることも検討してはどうか。
- 地域医療構想と医療計画における5疾病6事業等は、調和を図りながら第9次医療計画の見直しを進めることとしてはどうか。

議論のためのデータ（必要病床数、医療機関機能）①（案）

【必要病床数】

- 必要病床数については、「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」において、【これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討する】とされている。
- 地域における急性期医療の連携・再編・集約化の取組、リハビリテーションの一貫した効果的・効率的な提供（急性期からの提供・外来での提供の推進等）、生産性向上等を踏まえながら設定することが考えられる。
- 入院需要は、現在の受療率等を前提として推計すると、全体として増加することが見込まれる。一方で、受療率は減少しており、高齢者においても、年齢階級が上がるごとに手術や一定の処置を要する患者の割合は減少していく。
- こうしたデータを踏まえ、一般的な急性期医療と、当面の増加が見込まれる包括期で受けることが想定される高齢者救急については、需要の見込みが異なるため、分けて検討することの必要性が指摘されている。

【医療機関機能】

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能を確保し、入院医療だけでなく、病院も含めて外来や在宅医療の提供も確保していく必要がある。
- 特に急性期医療については、休日、夜間にも一定の診療体制を維持しつつ、消化器外科や麻酔科の医師等の従事者の働き方を確保するため、体制を整える医療機関は、地域の医療需要にあわせて効率的に確保する必要がある。
- 急性期医療の総合的な体制を有している医療機関の数は、人口規模ごとに異なり、20～50万人規模の二次医療圏では2以上の医療機関が担っている場合があり、大都市では人口規模に比例してさらに多くの医療機関が存在。

議論のためのデータ（必要病床数、医療機関機能）②（案）



- 必要病床数の算定に当たっては、これまでの推計方法を基本としつつ、高齢者救急等における需要の変化等を切り分けて反映させることや、地域における急性期医療の連携・再編・集約化の取組、リハビリテーションの一貫した効果的・効率的な提供（急性期からの提供・外来での提供の推進等）等を踏まえた改革モデルの設定ができるよう、算定方法について、現状の医療提供の実態・データを踏まえて検討すべきではないか。また、将来の必要病床数について、受療率の変化等を踏まえ、必要に応じて見直しを行うことも考えられる。
- 医療機関機能について、急性期拠点機能については、人口が多い圏域では複数の医療機関がその機能を有することも考えられる。県全体として効率的な提供体制を確保できるよう、各圏域の提供体制を構築する観点を踏まえ、どのような機能を各圏域の急性期拠点機能として具体的に確保すべきか検討すべきではないか。
- この他の医療機関機能について、大学病院本院の県全体における役割や、都市部では高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関でも、高齢者救急の対応に加えて、手術等の集学的な医療も一定程度担いうることも踏まえて、地域ごとの役割について整理が必要ではないか。

医療機関機能について（案）

- 「新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめ」において、急性期拠点機能について【報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。】、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能については、【地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定】とされている。
 - 急性期拠点機能は、地域において急性期医療に係る症例や医療資源等を集約することが必要。地域で急性期の拠点として必要な機能の数については、人口規模等を踏まえながら検討する必要がある。また、どの医療機関が当該機能を担うかについては、手術件数、救急車の受入台数などの診療実績をもとに、建築時期や地理的条件なども踏まえながら、地域において協議する必要がある。
 - 人口の少ない地域においては、当該地域内で急性期拠点機能を確保することが考えられるが、一定の人口規模のある地方都市型においては、複数の急性期拠点機能を確保することが考えられる。
 - 消化器外科や整形外科など、高齢者に限らず頻度の高い全身麻酔手術の実施体制は地域で確保する必要がある。そのための麻酔科医を効率的に確保するためには、手術を提供する医療機関において複数の診療科、一定の症例数に対応することが求められる。一方で、特に人口の少ない地域では麻酔科医を確保していくことが困難。
 - 地域において急性期拠点機能に関する協議を行う際には、救急車の件数、全身麻酔の手術件数、緊急手術の件数、高度急性期及び急性期の病床数・稼働率医師数等の医療の提供状況等に関するデータの他、医療機関の築年数や医療機器の状況等も参考とすることが考えられる。
 - その際、救急車受入れ件数のような、機械的な要件を満たした場合に当該機能を選択するといった制度設計にすると、医療機関にとって目標値のような扱いになり、適切な機能分化に影響を与えることも懸念されることには留意が必要。
 - 高齢者救急・地域急性期機能は、地域における一次救急等の機能が求められるほか、在宅医療等連携機能とともに、高齢者施設等との協力体制が求められる。
- 
- 急性期拠点機能の数については、人口の少ない地域については一つ、地方都市型等における拠点機能の数は人口規模に応じて設定することとしてはどうか。東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く地域格差は正や医師偏在などの課題が指摘されていることも踏まえ、その取扱いについては例外的に定めることとしてはどうか。
 - 急性期拠点機能について、地域で協議する際には、救急車の件数、全身麻酔の手術件数、緊急手術の件数、急性期を担う病床数・稼働率、医師数等の医療の提供状況等に関するデータの他、医療機関の築年数等、今後必要となる施設整備などの観点も参考にすることとしてはどうか。なお、それらの値については、絶対的な基準とした場合の留意点も踏まえて整理することとしてはどうか。
 - 高齢者救急・地域急性期機能について、高齢者救急を受け入れ、入院早期からのリハビリ等の実施が可能なこと、高齢者施設等の協力医療機関となることに加え、地域によって救急搬送等の受入れ実態、求められる役割が様々であることを踏まえ、その機能として、救急の受入れ件数の他、例えば、施設等からの受入れを地域で開放して、平日日中の救急車を受け入れるような地域間での合意・連携体制がとられていること、また、診療所が少ない一部の地域では、一次救急等の外来医療を提供していることを求めることとしてはどうか。
 - 在宅医療等連携機能について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や高齢者施設等の協力医療機関となることや、協力状況を地域の医療機関、高齢者施設、消防などとの間で共有することを求めることとしてはどうか。さらに、地域において在宅医療の提供が少ない場合は、訪問看護ステーションを有する等、常時在宅医療や訪問看護を提供すること等が考えられる。

医療従事者の確保について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療従事者の確保も対象としており、在宅医療における訪問看護の提供、医歯薬連携など、医師以外の医療従事者の確保も、医療提供体制の確保に向けては重要であることから、医療計画に記載した上で、将来の医療提供体制の確保に向けたそれらの重要性について、昨年度のとりのまとめにおいても記載したところ。
- 医師の偏在・確保対策については、本検討会や「医師養成課程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」において議論が行われており、医師確保計画等に今後反映することとしている。
- その他の医療従事者についても、それぞれ偏在に関する課題や人材確保に向けて検討されており、第8次医療計画にも反映してきた。
- 生産年齢人口が減少し医療介護の担い手の確保がますます厳しくなっていく中で、医療従事者について、タスクシフト・シェアの更なる推進、DX化による業務効率化や勤務環境の改善、処遇改善等を総合的に進めていくことが必要。



- ガイドラインの策定に向けては、それぞれの検討の場において、新たに、将来の医療提供体制の確保に向けた人材確保等の方向性が定まった場合等には、必要に応じて本検討会においてその議論内容を共有した上で、都道府県が地域医療構想を策定・推進する際に必要となる具体的事項については、ガイドラインへの反映を検討してはどうか。

区域・医療機関機能の対応方針（案）①

- ・ 二次医療圏は病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当である区域について設定され、当該医療圏毎に基準病床数を設定しており、構想区域も同様に必要病床数を設定している。このように、二次医療圏や構想区域は、基準病床数や必要病床数の設定の他、医師確保や5疾病6事業等の医療計画をはじめとした様々に制度的な活用をされている。
- ・ 医療の完結性をみない小規模な区域の設定では基準病床数や必要病床数の設定に課題が生じ、また、人口規模等が大きすぎると、区域内において病床の偏在が生じる等の制度運用上の課題が生じるため、適切な規模での設定が求められる。
- ・ 人口規模が20万人から30万人の区域については、原則は人口の少ない地域に該当すると考えられるが、2040年人口が30万人の地域や、区域内に大学病院本院が所在する地域等も存在することから、2040年人口など、地域の実情を踏まえた検討が重要。
- ・ 区域ごとに、現在の医療資源を踏まえながら、医療機関の連携・再編・集約化を通じて将来に向けても区域内で提供を維持するもの、体制を維持するほどの症例数が見込めないため、診療体制を縮小し他区域との連携等を模索すべきものがあると考えられる。その際、症例数（頻度）の他、緊急に提供すべき医療かの観点も踏まえたデータに基づく議論が必要。
- ・ 大都市について、一般的に、人口の多い地域を中心に患者の移動が起こりうる範囲やアクセス等も踏まえながら区域の検討を行うことが考えられるが、東京のような人口の多い地域が密集している地域の場合、患者の移動がより複雑になること等により、その他の都市部とは二次医療圏の設定のあり方が異なることが考えられる。
- ・ 例えば東京都区部内の二次医療圏については、患者の流入や流出が大きい、都全体では一定完結している。人口の極めて大きな都市部において、広域な区域を設定し流出率を見かけ上少なくするなどの対応は、区域内での医療資源の偏在などの懸念があるため、高い流出率等を有する現在の区域に基づき、地域格差是正等の観点も踏まえつつ、地域医療構想の取組を進めることも考えられる。
- ・ 人口の少ない地域等において区域の広域化を検討する際には、区域内におけるアクセスに課題がある地域について、都道府県や急性期拠点機能を有する医療機関を中心に、オンライン診療や巡回診療、患者への通院等の支援等による対応することが重要。
- ・ 大学病院本院である特定機能病院においては、高度な医療提供に加えて、医師派遣機能など、地域医療に対するさらなる貢献が求められており、都道府県との間で医師派遣等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進することとされている。
- ・ 大学病院本院と都道府県が連携し、県が各病院への医師派遣を大学に要請する例や、県や大学病院本院、医療関係団体、市町村が連携し、医師の配置について検討を行っている例がある。

区域・医療機関機能の対応方針（案）②

- 全ての大学病院本院が三次救急医療施設又は二次救急医療施設である一方、救急車の受け入れ件数が少ない場合もあるなど、急性期拠点機能に求められるような医療の提供の実態は異なる。
 - 大学病院においては、特定行為研修の実施等の医師以外の職種への教育や、看護職員の確保のための取組事例があり、医療従事者の確保にむけても、大学病院との連携が必要と考えている都道府県が一定数存在する。
- 
- 区域の点検・見直しに当たっては、人口推計や現在の医療資源等のデータを踏まえつつ、人口の少ない地域については、急性期拠点機能を1つ確保・維持できるかの観点から点検を行うこととしてはどうか。その際、人口が20～30万人の区域においては、大学病院本院が区域内にあり、当該大学病院が当該地域より広域な三次医療圏などを対象とした医療を主に提供している場合等においては、大学が担う医療の内容や病院間の役割分担等を踏まえた上で、効率的な提供体制の構築が可能な場合には、必要に応じて大学病院本院とは別に急性期拠点機能を確保することも可能としてはどうか。
 - 人口規模が大きい地域についても、適切な医療提供体制を構築する観点から、一定の区域は必要である。東京などの極めて人口の多い都市部について、複数の区域を設定することにより、区域での流出が多くなる場合がある。一方、広域な区域を設定し流出率を見かけ上少なくするなどの対応は区域内での医療資源の偏在などの懸念があるため、地域差是正やアクセス等の観点も踏まえて適切な単位で区域を複数設定することとしてはどうか。
 - 区域内において、局所的にアクセスに課題があるところについては、オンライン診療の活用や巡回車の整備、隣接する県との連携など、患者のアクセスを維持するための方策について、国において継続的に把握・都道府県等へ共有し、都道府県は構想区域ごとにそうした地域の有無や対応の検討について協議することとしてはどうか。
 - 区域ごとに、現在の医療資源を踏まえながら、医療機関の連携・再編・集約化を通じて将来に向けても区域内で提供を維持するもの、体制を維持するほどの症例数が見込めないため、他区域との連携等により対応するものを念頭に医療提供体制の確保に努める必要がある。こうした議論に資するよう、例えば、緊急手術の件数や全身麻酔手術件数等の議論に必要なデータについて国から順次提供し、区域の点検を早期から取り組めるようにすることとしてはどうか。
 - 大学病院本院は、都道府県と連携し、地域の医療提供体制における役割が求められる。大学ごとにその特性が様々である中で、医師の派遣や医師やその他の職種の教育、広域な診療機能等に係る大学病院本院の都道府県に対する貢献のあり方について、各都道府県・大学間の取組や、特定機能病院に関する検討状況も踏まえ、医療機関機能として整理してはどうか。

介護との連携について（案）

- 在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部（医療区分1）については患者像が重複する場合があります、地域の医療・介護資源に応じた受け皿の検討が必要。
- 地域での協議に向けて在宅医療、療養病床、介護保険施設、訪問看護等の資源や提供実態については、県や市町村で把握している情報、公開されたデータによりおおよそ把握可能である。
- 療養病床や介護施設においては、病床数や定員数等の都道府県で把握できる情報を踏まえると、提供可能な量を一定程度把握可能であるが、在宅医療については、在宅医療を提供する病院・診療所ごとに提供可能な量にばらつきがあること等から、都道府県での把握には課題がある。
- これらの需要を把握するにあたり、必要な情報は病床機能報告やNDB等を活用して国から提供することも必要であるが、在宅医療については、訪問看護のレセプトで把握している「訪問した場所」の情報がない等の課題がある。
- 区域内において、在宅医療が多く実施されているところと、あまり実施されていないところが存在する。
- 第8次医療計画においては、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況など踏まえて、地域での在宅医療の協議に当たって、二次医療圏に限らず弾力的な圏域の設定が可能とされている。
- こうした在宅医療等の需要が見込まれる患者については、療養病床や介護保険施設も併せて考えることが適当であるため、二次医療圏ごとに把握・市町村と協議することが求められてきたが、効果的になされていないケースも存在する。
- 全ての小さな地域を設定して追加的な会議体を設けることにより、都道府県等の負荷が高まり、結果として実効性のある協議を行えない等の懸念があるため、これらの協議については、構想区域内の特に課題のある地域を抽出して重点的に議論を行うこと、既存の会議体を活用すること等が考えられる。
- ACSCを対象とした取組として、外来受診に係る基準を事前に定め、病院と診療所、介護施設の医師等が共有・連携することで、入院の回避等に努める事例もある。
- 地域の介護施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が多数存在しており、病院規模に関わらず、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が訪問による支援等を実施している。
- 今後、このような取組を推進していくためには、医療機関独自の取組だけでなく、都道府県単位での調整等、効率的な実施に係る体制を整備することが考えられる。

介護との連携について（案）

- 患者像の重複しうる在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部の提供体制の検討にあたっては、それぞれの提供実態等のデータを踏まえてそのあり方の検討が必要。療養病床は構想区域、二次医療圏単位で確保を検討されるものであることや、小さな単位での検討の場を多数作ることは、運営上の課題が懸念されることを踏まえると、構想区域単位等の範囲で都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者等が将来の提供について検討することとし、圏域内において提供体制について特に課題がある地域については、既存の協議の場も活用しながら、具体的に検討することとしてはどうか。
- 検討にあたっては、療養病床の病床数、介護保険施設の定員数、在宅医療の提供状況等をあわせて検討することが考えられる。こうしたデータについて、都道府県で把握しているもの、データとして公開されているものだけでは、在宅医療の提供実態の把握に課題がある場合があるので、必要なデータについては国が都道府県に提供することとし、そのために必要なデータについては国で把握すること等の対応を検討してはどうか。
- 医療と介護との連携は、協力医療機関と介護保険施設・高齢者施設等の間のみならず、急性期医療を担っている病院を中心とした連携など、様々な類型が考えられる。救急搬送について、今後、85歳以上の高齢者の増加に伴い、更に件数が増加することが見込まれる中、効率的かつ持続可能な救急の維持のため、可能な限り日中の時間に外来を受診する等の取組も重要となる。そういった前提のもと、介護保険施設の協力医療機関としての役割については、例えば、介護保険施設から医療機関へ連絡すべき入所者の状態等を事前に協議して決めておく等の地域の医療資源に応じた具体的な取組が求められる。
- 具体的な事項については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループで検討することとしてはどうか。なお、その際、介護との連携については、関係者が連携の参考とできるよう、知見を集積し共有できるようにすることとしてはどうか。

地域医療構想策定ガイドラインについて

- 地域医療構想の策定については、地域医療構想策定ガイドライン（平成29年）において、主に構想の策定に向けて①議論を行うための区域の設定、②必要病床数等、地域における関係者間の議論を行うためのデータ共有、③対応案の作成と、④策定後に取組を推進するための事項について定められている。

地域医療構想策定ガイドライン

I 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
- 2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
- 3 構想区域の設定
- 4 構想区域ごとの医療需要の考え方
- 5 医療需要に対する医療提供体制の検討
- 6 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
- 7 構想区域の確認
- 8 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

II 地域医療構想策定後の取組

- 1 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
- 2 地域医療構想調整会議の設置・運営
- 3 都道府県知事による対応
- 4 地域医療構想の実現に向けたPDCA

III 病床機能報告制度の公表の仕方

- 1 患者や住民に対する公表
- 2 地域医療構想調整会議での情報活用

① 区域の設定

次期GLにおいても、二次医療圏をベースに整備。医療需要、医療資源、医療機関機能の確保等のため、適切となる区域を設定することが必要。

相互に関連

② データの共有

次期GLにおいても、人口等の基礎的なデータの他、必要病床数等の将来の医療需要や医療資源の確保等、地域での議論に資するデータを収集し、関係者間で認識の共有を図ることが必要。

③ 対応案の作成

次期GLにおいても、現状を維持した場合や連携・再編・集約化した場合等の複数の案を比較衡量して、関係者間で将来像を共有することが必要。

④ 取組の推進

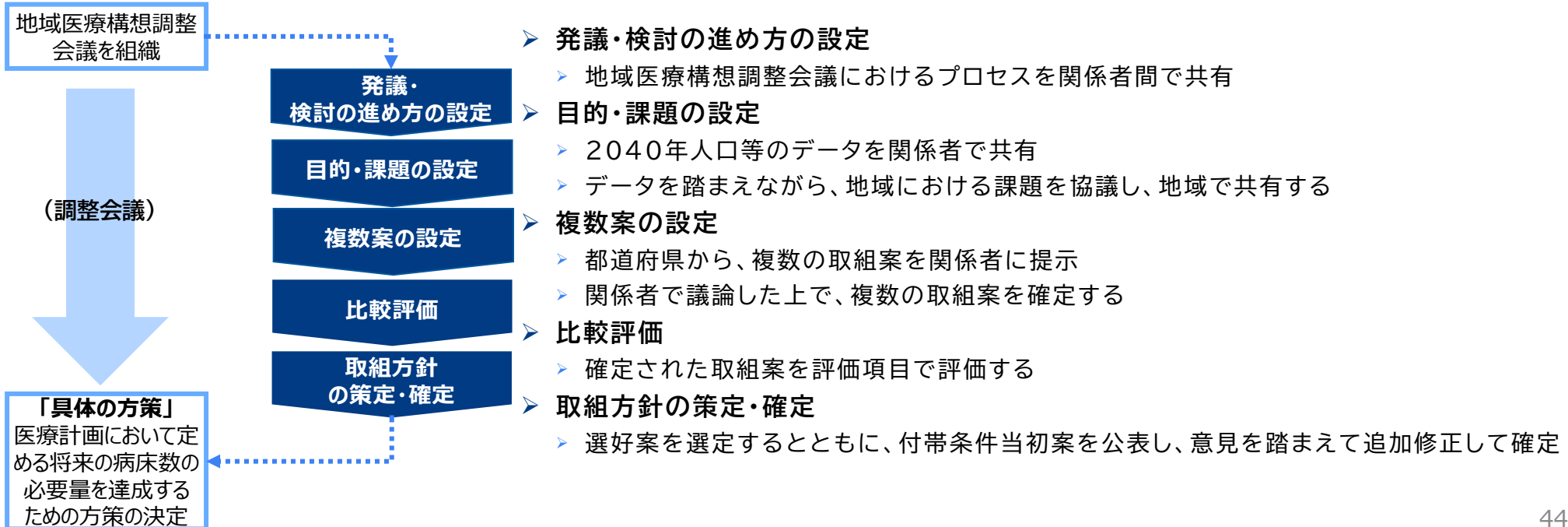
次期GLにおいても、地域医療構想策定後の取組の推進に向けて、地域医療構想調整会議の運営等に関する検討が必要。

構想策定のあり方について ①合意形成のあり方（案）

- 地域医療構想の策定にあたっては、各医療機関や保険者など、様々な関係者が参加し、様々なデータを踏まえ、地域で課題を共有するとともに、2040年を見据えた対応案（方向性）を検討し、地域で合意を得ながら進める必要がある。
- 対応案の検討にあたっては、各医療機関の経営や地域住民のアクセスなどについて、それぞれメリット・デメリットが存在しえることから、関係者で納得を得ながら進めていくため、複数の案を複数の観点から比較評価していくこととしてはどうか。他の行政分野での事例等を踏まえ、以下のような合意形成のあり方も選択肢としてガイドラインに位置付けることとしてはどうか。

基本的なプロセス

合意形成のあり方



構想策定のあり方について ②案の比較評価の観点（案）

- 複数の観点からの比較評価にあたっては、様々な関係者が関係することから様々な意見が出てくることが想定される。評価が合理的かつ効果的なものとなるよう、都道府県が地域において比較評価を進めるにあたっての参考として、比較評価の観点を整理してはどうか。例として、急性期拠点機能を検討する場合、以下のような観点が考えられるのではないか。

基本的なプロセス

合意形成のあり方

地域医療構想調整
会議を組織

(調整会議)

「具体的方策」
医療計画において定
める将来の病床数の
必要量を達成する
ための方策の決定

発議・
検討の進め方の設定

目的・課題の設定

複数案の設定

比較評価

取組方針
の策定・確定

比較評価の観点

比較評価の観点	例) 急性期拠点機能を検討する場合のイメージ
医療の需要と供給	・ 年齢別受療率と将来人口を踏まえた医療の需要に合うものか
アクセス (交通手段・到達時間)	・ 各医療機関の位置関係が適切か ・ 患者のアクセス（通院の場合・救急の場合）が確保できるか
病院経営	・ 建替や高度医療機器導入も想定し、将来的な収支が見込めるか ・ 現在の経営の状況を踏まえ経営を維持できるか
医師・医療従事者確保	・ 医師・医療従事者の働き方を維持できるだけの人員を確保できるか
インフラ・BCP	・ 立地のハザードリスクはないか ・ 築年数や建て替えに係る費用等は問題ないか
行財政への負荷	・ 再編統合等に必要となる地方自治体の財政負担が許容される範囲か
その他	・ 地域の雇用への影響など

地域医療構想について（医療部会での主な意見）①

主な検討事項の例（第116回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【圏域のあり方】

- 二次医療圏や構想区域について、今後の人口の減少等を踏まえながら、一定数の医師を確保し急性期の拠点機能等を確保していくため、他の圏域との統合を含む二次医療圏・構想区域の見直し（広域化）の検討が必要。
- ただし、人口が少ない二次医療圏等においては、高齢者救急・地域急性期の機能の確保や搬送手段の確保等を行うことが前提であり、離島などのアクセスに特段見直しが困難な事情がある場合があることに留意が必要。

※第116回医療部会の主な意見

- 大都市部、一般市等、人口減少地域のように、3つのレイヤー等に区分し、地域の差異を踏まえた検討方法も提示しながら地域医療構想を策定する必要がある。
- 面積が大きく人口が少ない圏域の場合、いずれは他の二次医療圏との合体が必要になるが、その医療圏が必ずどこか1か所に集約されるものではない。隣接する医療圏での対応や県をまたいだ医療圏での対応等、地域の実情に合わせて柔軟に対応することが必要。
- 現在でもかなり人口規模の小さい二次医療圏があり、2040年に向けて人口の減少や地域差の拡大が進む中で、どの程度の圏域で医療を完結させられるのかは極めて重要な議論。まずは構想区域の見直しについて、一定の考え方を整理する必要がある。
- 救急医療や小児・周産期医療においては、持続可能性という側面だけでなく、地域住民に丁寧に説明しながら、アクセス面なども考慮した体制を構築することが重要。
- 各地方では、バスやタクシーなどの公共交通の維持が非常に課題となっている。今後、通院に対する負担が増加する地域が増えていく中で、医療アクセスの確保にかかるコストも増加していく、そうした今後の環境変化を踏まえた議論が必要。

地域医療構想について（医療部会での主な意見）②

主な検討事項の例（第116回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【必要病床数】

- 2040年に向けて、年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した場合には、日本全体としては入院患者数は増加する見込みであるが、地域ごとにみると、すでに入院患者数が減少局面の地域や、2040年に向けて入院患者数が減少見込みの地域が多く存在。今後一層入院受療率が下がる可能性もあり、人口構成の変化や受療率の傾向、地域における急性期医療の連携・再編・集約化の取組、リハビリテーションの一貫した効果的・効率的な提供（急性期からの提供・外来での提供の推進等）、生産性向上等を踏まえ、2040年の必要病床数について検討が必要。

※第116回医療部会の主な意見

- 必要病床数について、地域医療構想が医療計画の上位概念に位置づけられるため、これまでの基準病床数と必要病床数の関係もまた大きく変わる。基準病床数、必要病床数の関係が分かりづらいということもあり、今後、必要病床数の検討も必要であるが、基準病床数と必要病床数の関係を地域に下ろすときに分かりやすいような説明をいただきたい。
- 必要病床数に関して、急性期病床に偏った病床の転換を進め、手術後などにおける早期のリハビリを徹底することは重要。一方で、医療機関の機能分化・連携を進めることが必要であり、地域包括医療病棟や外来・在宅との連携なども踏まえて御検討いただきたい。
- 入院患者数が増加するという記載があるが、高齢化により一般入院の患者数は減っていく一方で、入院や介護施設、在宅医療でケアされているような慢性期の患者は増えていく。一般入院患者数は減り、高齢者救急は増えることを分けて検討する必要がある。

地域医療構想について（医療部会での主な意見）③

主な検討事項の例（第116回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【医療機関機能】

- 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質を確保し、持続的な医療提供体制の確保に資するよう急性期の集約化を進める。人口の少ない圏域において、集約化等によって急性期等の機能を一定確保する急性期拠点機能を有する病院を1つ確保・維持する必要がある。一方で、都市部では圏域内において、増加する高齢者救急を受け止めるため、効率的な提供体制の確保に向け集約化等を進めながら、高度な急性期を提供する医療機関を含む複数の急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を有する複数の病院で対応することが考えられる。こうした地域での人口規模等も踏まえた医療提供に即した医療機関機能のあり方について検討が必要。
- 大学病院本院から、急性期拠点機能を有する医療機関や二次医療圏内で医師が少ない地域において初期救急、二次救急の機能を担う高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関等への、都道府県の地域医療構想に基づいた派遣が必要と考えられる。地域の実情や大学病院本院のこれまでの派遣のあり方、特定機能病院のあり方等を踏まえた、医育及び広域診療機能のあり方についても検討が必要。

※第116回医療部会の主な意見

- 小児あるいは周産期等は別としても、地域の医療機能の集約化は避けられない問題であるが、あくまでも目的ではなく結果であって、将来の医療ニーズと医療資源等を踏まえた上で導き出されるもの。集約先の病院と連携する地域の診療所あるいは中小病院への配慮も必要。
- 高齢者救急の増加に伴い、一次救急をいかに体系的に整備していくかがとても重要。一次救急が回らなくなり、三次救急をやっている機関に患者が集まっている地域が出ている。WGの議論において、一次救急の体系化についても議論が必要。
- 専門細分化された教育を受けている医師が多い中で、誤嚥性肺炎や尿路感染、下血といった高齢者に多い疾患をだれが診るのかという状況がある。総合診療医は数が少ない上、すべての疾患を受け入れているわけではない。高齢者急性期を診る医師の育成のために、大学に対する啓発も必要。

地域医療構想について（医療部会での主な意見）④

主な検討事項の例（第116回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【外来医療・在宅医療】

- ・ 外来医療や在宅医療について、かかりつけ医機能報告で今後提出されるデータも含め、地域ごとに提供状況を共有するためのデータについて検討が必要。人口の少ない圏域でも提供体制を確保・維持するため、病院が担う外来医療・在宅医療や訪問看護も含めた提供体制の検討が必要。
- ・ 在宅医療の対象となり得る患者について、在宅医療だけでなく、地域の医療資源・介護資源に応じて、療養病床や介護施設等と組み合わせ受け皿の確保が必要。さらに、在宅医療については、移動時間の制約がある中で、医療資源の状況や医療へのアクセス等も踏まえながら、オンライン診療や訪問看護等と組み合わせ広く効果的・効率的にサービスが提供できるよう提供のあり方について検討が必要。

【リハビリテーション】

- ・ リハビリテーションについて、これまで、急性期を経過した患者に重点的に提供されてきたところ、今後は、高齢者救急をはじめとして、入院早期からの土日も含めたリハビリテーションの提供や早期退院に向けた支援をさらに推進し、患者の機能改善や在院日数の短縮、生活復帰につなげることが重要。持続可能で効果的・効率的な医療提供体制の構築のため、急性期の早期や退院後すみやかに外来等でリハビリテーションを提供できるよう、リハビリテーションの偏在の是正について検討が必要。

※第116回医療部会の主な意見

- ・ 実際に人口の少ない医療圏では在宅医療の提供が少なく、人口の多いところは提供量が多い。人口が少なくても医療機関も少ないところは本当は在宅が必要となるが、それができていない。効率性の問題で在宅医療が提供できないような人口が少ない医療圏であれば、次の手段として集住等も考えないといけない。
- ・ 地域ごとに提供状況を共有するデータの検討が必要とあるが、しっかり実態を把握し、そのデータを踏まえて地域で議論することが重要。
- ・ リハビリについて、特に高齢者が増えているが、急性期でのリハ、回復期でのリハ、生活維持のためのリハなど、の違いの整理が必要ではないか。

第1回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における主な意見

第1回 検討会資料より抜粋

【議論のためのデータ（医療機関機能）】

- 医療機関機能について、急性期拠点機能については、人口が多い圏域では複数の医療機関がその機能を有することも考えられる。県全体として効率的な提供体制を確保できるよう、各圏域の提供体制を構築する観点を踏まえ、どのような機能を各圏域の急性期拠点機能として具体的に確保すべきか検討すべきではないか。
- この他の医療機関機能について、大学病院本院の県全体における役割や、都市部では高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関でも、高齢者救急の対応に加えて、手術等の集学的な医療も一定程度担いうることも踏まえて、地域ごとの役割について整理が必要ではないか。

※第1回検討会での主な意見

- 100万人以上の大都市部においては、高機能病院が乱立することや、区域を越えて患者の往来があり、医療機関機能の分担の検討・調整が困難になるという課題がある。
- 急性期拠点機能が非常に重要な位置づけになってくる。ガイドラインにおいて、地域で協議し、特徴的な疾患の手術や、患者数、医療従事者数等で絞り込みができるようにすべきではないか。
- 連携・再編・集約化には老朽化していく施設の整備や職員の労務管理への影響も踏まえて検討が必要ではないか。
- 区域の設定に当たっては、病床規制や地域格差是正の観点も踏まえる必要があるのではないか。

第1回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における主な意見③

医療従事者の確保に関する第1回検討会での主な意見

- 医師偏在の課題は総数の面での都道府県格差、都道府県内の少数地域、地方における若手医師の流出・減少、診療科の偏在があり、全体的な内容の把握が必要。
- 都道府県看護協会が運営するナースセンターでは、医療提供体制の維持が難しいと考えられる離島やへき地などの体制構築に向けた取組を開始している。今後、都道府県と看護協会・医療機関が、地域の実情に応じて、出向・派遣等の実効性のある取組を進めていくことが、限られた人材の中での医療提供体制の維持に寄与するため、都道府県と関係団体等の連携についてガイドラインに示されることが重要。
- 診療科の偏在に対して取組があまり見えてこない。病気になった際に病院や医療施設が地域のどこにもないという状況を減らせるような対策が必要。
- 歯科において偏在指標の検討が遅れているが、病院における歯科機能の拡大、地域の歯科診療所の後方支援体制の構築、地域の歯科診療所と他の病院内等における医科歯科連携の構築など、歯科医療提供体制に関する議論が開始されており、そちらとも連携しながら、本検討会の議論を進めていただきたい。
- 薬剤師確保について「病院薬剤師の確保及び業務改革推進事業」にて、薬剤師確保、特に病院薬剤師確保に向けた対応を行うなど取組を進めている。ガイドライン策定に向けた課題の検討において、医療従事者の確保として本事業の調査結果等を活用しながら薬剤師確保についても議論を行っていただきたい。

これまでの主な意見（区域・医療機関機能）

※「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

- 地域の限られた医療資源を有効に活用するため、急性期拠点機能の病院での適切な配置が不可欠。
- 急性期医療体制の構築に当たっては、緊急性の高い疾患に対応する拠点と高度専門的であるが緊急性の低い疾患の2つの機能に分けて検討するのがよい。緊急性は高くないが、高度な技術や設備を必要とする医療はすべての二次医療圏で整理することが非現実的。
- 医療機関機能の参考指標について、救急搬送の件数だけで計ることはよくない。高齢者の場合、施設から救急車を使わないものの救急搬送の仕組みがうまく動いている地域もある。
- 2040年以降も含め将来にわたって急性期医療を維持できるよう、現在の人口が概ね30万人までの小規模な地域については、1か所に集約に向けて取り組んでいくことが重要。
- 現在人口が30万人を上回っている地方都市型の地域でも、現在の病床稼働率、救急車の受入れ件数、2040年に向けた人口減少を踏まえるとできる限り1か所に集約をして2040年以降も含めて将来にわたって急性期医療を維持していくことが必要。
- 大都市型と地方都市型の急性期拠点機能について、1～複数を確保することとされているが、医療の需要が人口に相関していくということを踏まえると、概ね人口20万人から30万人当たり1か所程度といったイメージであり、目安として示してはどうか。
- 医療機関機能について、地域の実情を強調し過ぎると構想が目指す方向制がぼやけてしまう。最低限の指標や参酌基準をガイドラインにおいて担保していく必要。
- 医療機関機能の議論を行う際にも、病床の機能ごとの必要病床数を客観的に推計したデータを提供し、議論することが必要。その上で区域の中で、急性期の必要病床数のうち急性期拠点機能を担う医療機関のシェアを一つの目安にして、協議を行うことも必要。
- 大学病院の医療従事者の養成や医師の派遣の重要性はどの人口区域でも重要な役割であるが、広域な観点で担う役割について、複数の大学病院本院を有する大都市とそれ以外の地域とは区別して検討する必要。
- 人口が減少し、医療機関の運営維持が困難な地域では大学病院が高度急性期から一般診療を担うことが重要であるが、大都市部においては大学病院にしか提供できない特殊な高度医療や臨床研究のための先鋭的な医療に限られる方向と考える。今後の人口規模によって大学の役割が変化していくことも必要であり、医療機関機能の検討にあたっては大学病院本院の機能も含めて検討する必要があるのではないか。
- 大学病院にもかなりバリエーションがあり、分院の中には規模が大きくなるとも医師派遣の拠点として地域全体を広く支える機能を有している病院もあることに留意が必要。
- 大学病院本院に対して、医師派遣が要件に組み込まれるなど、大学病院に対する期待は高まっている中、できる限り医師を地域に派遣し、地域医療の維持・発展に貢献していきたい。一方で、現状として派遣可能な医師は最大限活用し、地域に派遣しており、大学病院に派遣を行う余力がないことについても留意が必要。

これまでの主な意見（介護との連携）

※第116回「社会保障審議会医療部会」、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

- 慢性期の患者は入所・入院・在宅の3つに分かれるため、この3つのバランスをそれぞれの地域の医療資源、人的資源、物的資源の状況に応じて考えていくことが必要。
- 自院の看護師を他の病院や介護施設に派遣することにより、介護保険施設での看取り件数の増加や救急搬送の減少等にもつながる。
- 介護保険施設との連携に関して、協力医療機関は介護保険施設からの患者を受け入れる体制を整備している。高齢者救急・地域急性期機能を評価する指標として、救急車の受入件数だけではなく、介護保険施設からの患者を受け入れた場合も考慮する必要。
- 高齢者の場合、施設から救急車を使わずに救急搬送の仕組みがうまく動いている地域もあり、医療機関機能として救急車の数のみで判断することには留意が必要。
- 介護老人保健施設では、医療の提供機能として医療ショートの機能を担っており、介護保険施設との連携等において、こうした議論をいただくことも必要。

これまでの主な意見（構想策定のあり方）

※第116回「社会保障審議会医療部会」、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

- 前回の地域医療構想の策定の際、ガイドラインにおいて、作成段階からの住民の参加が必要であるという文言が記されたが多くの都道府県では実現しなかった。新たな地域医療構想については住民の参加が実現できるような内容となるようお願いしたい。
- 新たな地域医療構想において、地域医療をつくり上げていくためには、医療関係者だけではなく、住民の方々が医療機関の役割分担などを理解することが重要。このため、目指すべき将来像を各構想区域で議論するにあたり、国全体の方向性を踏まえたグランドデザイン、将来ビジョンを明確に示されるようお願いしたい。
- 各地域において関係者間で合意形成を図るためのプロセスが非常に重要となる中、地域の協議の進め方や構想全体のPDCAの推進方策についても、あらかじめ方向性を示していただきたい。
- 構想策定のガイドラインについて、全体的な推進を含めたものとしての位置づけの見直しが必要であり、その前提を踏まえガイドラインの構築を考えることが必要。また、調整会議での議論は制度的にも実務的にも限界がある程度見えており、医療機関の経営判断が伴う行動までにつなげるための支援策や全般的な推進のあり方、実践的な制度設計が重要。
- 構想策定に向けた検討体制について、現場の医療機関や自治体など関係者の負担が大きくなる懸念があるため、構想が対象とする範囲の適正化、業務重複を回避した制度の設計、スタート段階からの各種支援体制の確保など、負担軽減の観点からも検討を進めていただき、都道府県に対する技術的助言となるガイドラインにおいては、基準の提示のみならず、その基準を各都道府県で確実に具現化できるような推進方法も含めたものにしていただきたい。
- 地域医療の課題や集約化の必要性について、国民に対してなかなか伝わっていないと思う。国民に理解してもらいながら改革を進めるためにも、情報を発信していくことが必要。
- 公立公的病院の再編・集約化に加え、民間病院も含めた対応が求められる中の課題解決のため、これまでの実績や課題を踏まえた中で医療経営者側の理解・納得が得られるような、現場で実現可能となる具体的な取組、条件整備、ノウハウ、支援策などの難しい課題について検討いただくことが必要。